

Souhlas pacienta

Poskytovatel zdravotních služeb:

**JOCORP s.r.o., Březinova 730/1, Jiříkov, 407 53, IČO: 03869628,
e-mail: korinek.ordinace@seznam.cz, tel: 412 337 422**

dále zastoupená ordinacemi:

ordinace Rumburk: **Náměstí Dobrovského 495/22, Rumburk, 408 01,**

e-mail: ordinacerumburk@seznam.cz, tel : 412 331 094

ordinace Krásná Lípa : **Masarykova 1094/4, Krásná Lípa, 407 46,**

e-mail: ordinacekrasnalipa@seznam.cz, tel : 412 336 891

ordinace Varnsdorf : **Karlova 714, Varnsdorf, 407 47,**

e-mail: ordinacevarnsdorf@seznam.cz, tel : 412 374 269

(dále jen „poskytovatel“)

Pacient :

Jméno/příjmení: _____

Datum narození: _____

Bydliště: _____

Tel.: _____

(dále jen „pacient“)

Pacient výslovně žádá poskytovatele, aby veškeré jeho informace o zdravotním stavu byly zasílány nebo sděleny nezabezpečenou formou:

- prostřednictvím elektronického kanálu na e-mail
- prostřednictvím telefonu na základě uvedení hesla

Poskytovatel pacienta poučil, že v souvislosti s poskytováním zdravotních služeb, které mimo jiné obsahují lékařské zprávy, výsledky z laboratoře a další výstupy a dokumenty obsahující osobní údaje a zvláštní osobní údaje pacienta, budou na žádost pacienta zaslány na výše uvedený e-mail, a to prostřednictvím nezabezpečeného elektronického kanálu nebo budou telefonicky sděleny pouze na základě uvedení výše uvedeného hesla.

Poskytovatel výslovně pacienta upozorňuje, že takto postupuje na jeho žádost a nenese žádnou odpovědnost za případné chybné, neúplné či jinak nežádoucí doručení či nakládání s těmito informacemi.

Konstatuji, že jsem si výše uvedené informace přečetl(a), že jsem jim porozuměl(a) a že souhlasím s tím, aby poskytovatel uvedený výše zasílal informace na uvedenou e-mailovou adresu nebo informace sděloval telefonicky na vyžádání, což níže potvrzuji svým podpisem.

Jsem si vědom(a) toho, že tento souhlas je dobrovolný a jsem oprávněn(a) jej kdykoliv odvolat. Odvolání souhlasu musí být učiněno písemně (v listinné nebo elektronické formě) v ordinacích poskytovatele nebo zasláno na výše uvedené adresy poskytovatele.

V..... dne.....

.....
poskytovatel (razítko a podpis)

.....
podpis pacienta